

Tartu Ülikool

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Sotsioloogia, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala

Brigitta Õunmaa

Tartus erihoolekandeteenusel olevate psüühikahäiretega inimeste poolt
tunnetatud stigmatiseerimine

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Dagmar Narusson (MA)

Tartu 2017

Kinnitan, et olen töö koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Brigitta Õunmaa

01.06.2017

ABSTRACT

Precived stigma among people with mental disorders who are using special welfare service in Tartu

The aim of this Bachelor's thesis is to bring out experiences with percieved stigma among people with mental health problems who are using special welfare. Also to detect signs of self-stigmatizing. I was looking for answers for three questions:

- 1) In which aspects of every daylife or in what situations do people with metal illness feel being stigmatized?
- 2) How people with mental illness react in case of perceived stigma
- 3) Which aspects of self-stigma do people with psyciatric problems express in their speech?

Prejudices about mental illness and self-stigma are unstudied in Estonia but these topics play very big part in everyday life of people with psychiatric problems.

The first part – theoretical base of this work explains precived stigma and self-stigma of mentally ill people - brings out different stereotypes and gives a brief overview about stigmatisation statistics in Estonia. The second part of the Bachelor's thesis describes the research questions, study participants, data collection and method of analysis. The third part is about results as well as discussion and thesis ends with summary and a conclusion.

The research shows that people with mental illness experience prejudice at workplaces and in hiring process; in close relationships; when meeting new people at public places; while using public goods. It's hard for people with psychiatric problems to get hired, because employers do not have enough knowledge aboout mental disorders – they are afraid of violent behavior and risking the well-being of other workers. Poor knowledge is one of the main reasons to keep distance with people with mental illness and this, in turn may lead to dismissal form workplace and lack of meaningful relationships. Even family members and close friends are often afraid of unpredictable and violent behavior. People with psychiatric problems experience precived stigma also in public places, for example at nightclubs and birthday parties.

In case of prejudices from others, people with mental health problems use different coping strategies. The most common is keeping their illness as a secret. In fear of recieving negative attitude they decide to keep their diagnosis hidden from employers, friends and even from their family.

It is noticed that people with mental illness use stigmatising vocabulary about themselves and they even group people according to who has psychiatric problems and who doesn't and that leads to creating a negative self-image. Mentally ill people tend to accept common stereotypes and feel ashamed about their psychiatric problems.

SISUKORD

ABSTRACT	3
SISUKORD	5
SISSEJUHATUS	7
1. TEOREETILINE TAUST	9
1.1 Stigmatiseerimine ja sellega seotud põhimõisted	9
1.2 Avaliku stigma kujunemine	9
1.3 Psüühikahäiretega seotud stereotüübid ja stigma	10
1.4 Ühiskonnaliikmete teadlikkus psüühikahäiretest	11
1.5 Psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimise tagajärjed	13
1.5.1 Tunnetatud stigmatiseerimisega toimetulekustrateegiad	15
1.5.2 Psüühikahäiretega inimeste enesestigmatiseerimine	16
1.5.3. Identiteedi kujunemine	17
1.6 Stigmatiseerimine Eestis	18
PROBLEEMISEADE	20
2. METOODIKA	21
2.1. Andmekogumismeetod	21
2.2 Uurimuses osalejad	21
2.3 Andmete kogumise protsess	22
2.4 Andmeanalüüsi meetod	23
2.5 Eetika	23
2.6 Uuri ja refleksiivsus	23
3. ANALÜÜS JA ARUTELU	25
3.1. Tunnetatud stigmatiseerimine	25
3.1.1. Ühiskonnaliikmete vähesed teadmised psüühikahäirete olemusest	25
3.1.2. Eelarvamustest tulenev käitumine: halvustamine ja distantse hoidmine	28
3.1.3. Enimlevinud eelarvamus: psüühikahäiretega inimene on ettearvamatult ja ohtlik ...	30

3.2. Inimene keskkonnas	32
3.2.1. Toimetulekustrateegiad	32
3.2.2. Psüühikahäiretega inimeste enesestigmatiseerimine	34
KOKKUVÕTE.....	37
KASUTATUD KIRJANDUS	40
LISA 1. INTERVJU KAVA	47

SISSEJUHATUS

Psüühika- ja vaimse tervise häiretega inimeste kohta ühiskonnas leviv stigma sisaldab endas erinevaid negatiivseid stereotüüpe. Levib eeldus, et kõik psüühikahäiretega inimesed on ohtlikud ja ettearvamatud ning otsused tuleb ära teha nende eest (Corrigan ja Watson, 2002). Vaimse tervise probleemidega inimeste stigmatiseerimine viib diskrimineerimiseni, mille tõttu jäetakse psüühikahäiretega inimesed ilma üürikorteritest (Link jt, 1987) või võimalusest osaleda avalikul tööturul (Quinn, Williams, ja Weisz, 2015). Ühiskonnas levib arvamus, et erinevalt füüsilise erivajadusega inimestest on vaimse tervise probleemidega inimesed ise oma haiguses süüdi ning psüühikahäired on nende enda halva elustiili tagajärg (Corrigan ja Watson, 2002). Erinevate stereotüüpide uskumine ning nendega nõustumine viib stigma internaliseerimiseni- ehk enese stigmatiseerimiseni, mille all kannatavad inimese enesehinnang ja aktiivne osalemine ühiskonnaelus (Link, Mirotznik ja Cullen, 1991).

Bakalaureusetöö teemani jõudsin töötades tegevusjuhendajana Tartus erihoolekandestuses, kui märkasin, et väga paljude klientide jutust kõlavad ühiskonnast üle võetud negatiivsed arvamused iseenda kohta ning panin tähele märke, mis viitavad enese stigmatiseerimisele.

Eesti kontekstis on psüühikahäire stigmatiseerimine peaaegu täiesti uurimata teema, kuigi see mõjutab otseselt inimeste erinevaid eluvaldkondasid. Stigmast tingitud hoiakutest sõltub psüühikahäire avaldumise korral ravile pöördumise aeg ja ravi efektiivsus, sotsiaalne kaasatus ning tööturul osalemine. Teema uurimine on oluline, et leida ühiskonnas need kohad, kus on vaja tõsta teadlikkust psüühikahäiretega inimeste kohta levivatest stigmatiseeritud hoiakutest.

Psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimise aspekte kirjeldavad kõige paremini stigmatiseerimisega kokku puutunud inimeste enda kogemused. Uurimustöö eesmärk on tuua välja erihoolekandeteenusel olevate psüühikahäirega klientide tunnetatud stigmatiseerimise kogemused ja enesestigmatiseerimisele viitavad aspektid.

Lähtuvalt uurimuse eesmärgist püstitan järgmised uurimisküsimused:

- 1) Millistes eluvaldkondades või olukordades psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerimist?
- 2) Kuidas psüühikahäiretega inimesed käituvad tunnetatud stigmatiseerimise korral?
- 3) Milliseid enesestigma aspekte psüühikahäiretega inimesed väljendavad oma kõnes?

Bakalaureusetöö koosneb kolmest peatükist. Esimene annab kirjandusel põhineva ülevaate stigma käsitlustest. Selles peatükis toon välja psüühikahäirete kohta levinud stereotüübid ja stigmad: stigmatiseerimise kujunemise protsessi ning selle põhjused ja tagajärjed. Esimese peatüki lõpus kirjeldan stigmatiseerimise olukorda Eestis. Töö teises peatükis käsitlen uurimuse objekti ja meetodit. Kirjeldan andmekogumise meetodid ja -protsessi ning andmeanalüüsi meetodit. Annan ülevaate uurimuses osalejatest ning kirjutan uurija refleksiivsusest. Uurimuse kolmas peatükk sisaldab analüüsi ja arutelu mis jaguneb kaheks alapeatükiks. Esimese alateema all toon välja ühiskonnaliikmete teadmatuse psüühikahäiretest, distantse hoidmise ja halvustamise ning eelarvamuse psüühikahäirega inimese ohtlikust käitumisest. Teises alateemas käsitlen keskkonna ja inimese interaktsioonis tekkivat stigmatiseerimist.

Kasutan töös kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivne uurimus on suunatud sotsiaalsete nähtuste sügavamale mõistmisele ning seletamisele selle loomulikes tingimustes ning uuritakse inimeste kogemuste olemust ja seda, mis tähenduse nad ise oma kogemusele ning ümbritsevale maailmale annavad (Draper, 2004). Töö andmekogumismeetodina kasutan poolstruktureeritud individuaalintervjuusid. Intervjueerisin viite psüühikahäiretega inimest, kes on igapäeva elu toetamise teenusel. Andmeid kogusin 2017 aasta veebruaris ning märtsis.

1. TEOREETILINE TAUST

1.1 Stigmatiseerimine ja sellega seotud põhimõisted

Stigma antud töö kontekstis on sotsiaalselt loodud tunnus, mis teistest erinevatele inimestele ebaõiglaselt külge „kleebitakse“ vähendades stigmatiseeritud inimeste väärtust (Goffman, 1966). Lisaks välisele stigmale eksisteerib ka sisene stigma ehk enesestigma, mis on ühiskonnas leviva stigma internaliseerimine: inimene hakkab uskuma, et negatiivsed omadused kehtivad ka tema kohta, tuues muuhulgas kaasa enesehinnangu languse (Corrigan, 1998). Stigmatiseerimise käigus omistatakse stereotüübid indiviidile (Link jt, 1991). Stereotüüp on hindava iseloomuga üldistatud, püsiv ning enamasti tegelikkusele mitte vastav arusaam mingi grupi omadustest ja käitumistest (Becett ja Taylor, 2010). Stigmatiseerimine mõjutab inimese minapilti ja identiteeti ehk teadmist iseendast sotsiaalsetes suhetes ning olukordades (Beckett ja Horner, 2016).

Nimetatud mõisteid kasutan töös psüühikahäirete kontekstis. Eestis on haiguste diagnoosimiseks kasutusel Maailma Terviseorganisatsiooni välja antud Rahvusvaheliste Haiguste Klassifikatsioon (RHK-10) (WHO, 2017). Psüühikahäired viitavad teatud eripärade esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi (näiteks hirmutunne) või halvendavad muul viisil igapäevaeluga toime tulemist (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer ja Vasar, 2001).

1.2 Avaliku stigma kujunemine

Avalik stigma kannab endas ühiskonnas levinud negatiivseid eelarvamusi ja diskrimineerimist, mis saab osaks teistest erinevate omadustega grupele (Corrigan ja Watson, 2002). Rääkides stigmast, räägitakse enamasti avalikust stigmast. Stigmatiseerimisega koos esinevad (ja on samal ajal ka vastastikuses koosmõjus) sildistamine, stereotüpiseerimine, eraldumine, staatuse vähendamine ning diskrimineerimine, mis viib võimu ebaühtlase jaotumiseni (Link, Phelan, 2001). Link ja Phelan (2001) jaotavad stigmatiseerimise kolmeks etapiks, mis on järgnevalt lahti kirjutataud. Esiteks sildistatakse inimeste eripärad lihtsustatud tunnuste põhjal (näiteks nahavärv)- see toimub enamasti automaatselt. Teiseks etapiks on stereotüüpide seostamine

omadustega, mis ei kattu ühiskonnas levinud dominantsete arvamustega. Kolmandaks eraldatakse stigmatiseeritud teistest ühiskonnaliikmetest ning jaotatakse inimesed kahte kategooriasse: „meie“ ja „nemad“. Inimesed, kes „meiega“ samasse kategooriasse ei kuulu, on järelikult meist erinevad ning neile omistatakse negatiivsed tunnused. Kuna „nemad“ lahtris olevatel inimestel on vähe väärtustatud omadused, langeb selle grupi liikmete sotsiaalne staatus. Stigmatiseerimisega kaasnev diskrimineerimine põhjustab sotsiaalset-, majanduslikku- ning poliitilist ebavõrdsust.

Link'i (1989) muudetud sildistamisteooria (*Modified Labeling Theory*) kohaselt omandavad inimesed sotsialiseerimise käigus (meediast, inimestega suheldes) kultuuris levinud stereotüübid juba varakult ning loovad oma peas ettekujutuse, mida tähendab olla psüühikahäiretega. Samuti kujundavad inimesed arvamuse sellest, kuidas reageeritakse, kui stigmatiseeritud inimene oleks tema töökaaslane, sõber, naaber või intiimpartner ning kas neid peetaks seetõttu ebausaldusväärseks, -intelligentseks või -kompetentseks (Link, 1989). Kui inimesel endal kujuneb välja psüühiline haigus, muutuvad need eelarvamused eriti oluliseks, sest ta mõistab, et ühiskond kannab need ka temale üle (Link ja Phelan, 2001). Link ja Phelan (2001) kirjutavad, et kui inimene usub, et ühiskond tõrjub vaimse tervise probleemidega inimesi, siis psüühikahäire välja kujunemise järgselt ta kardab, et negatiivsed arvamused ja hoiakud langevad nüüd osaks ka isiklikult talle. Selle tõttu võib muutuda pikemaks arsti juurdepöördumise aeg ning ravi kvaliteet.

1.3 Psüühikahäiretega seotud stereotüübid ja stigma

Stigmast rääkides viidatakse tihti Goffmanile (Link jt, 1991), kes oli üks esimesi stigmat uurinud autoritest. Sildistamisteooria (*Labeling Theory*) (Scheff, 1966) ning muudetud sildistamisteooria (Link jt, 1989) on ühed esimesed teadustekstid, mis käsitlevad psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimist olles aluseks paljudele nüüdisaegsetele uurimustele ja uurimussuundadele.

Ühiskondliku stigma uurimisel on üheks keskseks mõisteks stereotüübid. Karidi ja teiste (2010) uurimus näitas, et psüühikahäiretega inimeste arvates kõige negatiivsemat kuvandit psüühikahäiretest taastoodab meedia. Filmide ja meedia analüüsi tulemusena (Corrigan ja Watson, 2002) leiti, et põhilised psüühikahäirega inimeste kohta levinud stereotüüpid

ühiskonnas on järgmised: neid peetakse ohtlikeks kurjategijateks; usutakse, et neid peab kartma ja eraldama ühiskonnast; neil on lapsikud arusaamad maailmast ja otsused tuleb teha nende eest; nad on mässumeelsed vabad hinged. Uurimuse tulemused näitasid, et 77% filmides kajastatud psüühikahäiretega tegelaskujudest on vägivaldsed, kuid tegelikkuses jääb see arv vaid kolme protsendi juurede (Conway, 2016). Hirm psüühikahäiretega inimeste ees tekitab soovi olla psüühiliste erivajadustega inimestest eemal ning on aluseks arvamusele, et psüühika häiretega inimesed peaksid olema institutsionaliseeritud (Corrigan, Bink, Fokuo ja Schmidt, 2015). Mõned uuringud on kinnitanud, et skisofreeniat, bipolaarset meeleoluhäiret ning teisi psüühilisi häired võib seostada suurema vägivallaohuga, kuid sellisel juhul on agressiivne käitumine suurel määral seotud sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamise või ravi katkestamisega (Douglas, Guy ja Hart, 2009 viidanud Jorm jt, 2012 kaudu). Kriminaalse käitumise põhjused on enamasti majanduslikud või samuti seotud sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamisega (Stuart, 2003). Vägivaldse teo toimepanemise oht on kõige suurem enne esimest psüühhoosi, kui inimene ei ole veel saanud ravi (Large ja Nielssen, 2011). Seega hoolimata suuremast riskiastmest ei saa öelda, et enamik psüühikahäiretega inimesi on vägivaldsed.

Ühiskonnas levivad stigmatiseeritud hoiakud raskendavad psüühikahäiretega inimestel osalemist tööturul. Krupa ja teised (2009) (viidanud Veldre, Masso ja Osila, 2015 kaudu) töid välja vaimse tervise probleemidega inimestele tööturu barjääridega seotud eeldused ja hoiakud. Usutakse, et psüühiliste ning vaimse tervise probleemidega inimestel puuduvad vajalikud oskused ning sotsiaalne võimekus, et täita tööülesandeid teistega võrdsel määral, mis kahandaks organisatsiooni või ettevõtte produktiivsust; psüühikahäired ei ole tõeline terviseprobleem mistõttu ei ole psüühikahäiretega inimestel õigust kohandatud töökeskkonnale või eritingimustele; psüühikahäirega inimene kujutab endas ohtu töökaaslastele ning teistele temaga kokkupuutuvatele inimestele (Veldre jt, 2015).

1.4 Ühiskonnaliikmete teadlikkus psüühikahäiretest

Ühiskonnaliikmete vähest teadlikkust psüühikahäiretest kirjeldavad mitmed levinud väärarvamused. Link'i ja teiste sõnul (1987) seostatakse deviantse käitumisega psüühikahäire ehk inimeste häbelist käitumist põhjendatakse vaimse tervise probleemidega. Psüühikahäiret

seostatakse tihti narkosõltuvuse, prostitutsiooni ja kriminaalse tegevusega (Skinner, Berry, Griffith ja Byers, 1995). Vaimse tervise valdkonnaga kokku mitte puutuvatel inimestel pole tihti peale aimu psüühikahäirete sümptomitest (Link jt, 1987). Uuringu tulemusena selgus (Karidi jt, 2010), et suure osa psüühikahäiretega inimeste arvates tingib diskrimineerimise nende diagnoosi nimi, (mis tundub inimestele hirmutav,) kuid mitte see, kuidas psüühikahäiretega inimesed reaalselt käituvad. Karidi ja teised (2010) leidsid, et psüühikahäiretega inimeste sõnul langetab ravimite võtmise tunnistamine sotsiaalset staatust ühiskonnas ning diagnoosi nimi on nende jaoks solvav. Üheks suurimaks sildistavaks faktoriks on psühhiaatriaiglas ravil olemine ning selle mainimine kolleegidele või sõpradele toob kaasa halvaks panu (Karidi jt, 2010).

Tavainimeste teadmatust psüühikahäiretest kirjeldab ka ühiskonnas leviv arvamus, et vaimse tervise probleemidega inimesed on ise oma haiguses süüdi, kusjuures see on üks peamisi põhjuseid, miks skisofreeniaga inimesi peetakse ohtlikuks (Chong jt, 2007 viidanud Jorm jt, 2012 kaudu). Vastandades psüühikahäireid füüsilisele puudele eeldavad tavakodanikud, et vaimse tervise probleemidega inimesed peaksid olema suutelised ise kontrollima oma haigust (Corrigan jt, 2000). Veelgi enam, inimesed ei tunne psüühilise erivajadusega inimestele kaasa, vaid pigem reageerivad vihaga ja usuvad, et nad ei ole abi ära teeninud (Corrigan ja Watson, 2002).

Me teame, et ühiskonnas stigmatiseeritakse inimesi, kes mingite tunnuste poolest teistest erinevad. Inimesi, kellega seostatakse endast erinevaid omadusi, peetakse teistsugusteks ning seetõttu millegi poolest halvamateks (Link ja Phelan, 2001). Stigmatiseerimist mõjutab ka protestantlikul tööeetikal põhinev sotsiaalpoliitiline ideoloogia (Katz ja Hass, 1988, viidanud Corrigan ja Watson, 2002 kaudu). Läänemaaailmas on levinud arusaam, et edukuseni viib individuaalne töökus, seega edu puudumine viitab inimese laiskusele ja madalale distsipliinile: selle asemel, et vaadata psüühilise erivajadusega inimesi kui süsteemi ebaõigluse ohvreid, näeb protestantlikku tööeetikat toetav vaade neid kui kasutamata jäetud võimalusi tööturul mille on põhjustanud psüühikahäiretega inimeste puudulik distsipliin (Biernat, Vescio ja Theno, 1996, viidanud Corrigan ja Watson, 2002 kaudu).

Suhtumine psüühikahäiretega inimestesse sõltub suuresti sellest, kui palju ollakse vaimse tervise probleemidega varem kokku puutunud ja kas kogemused on olnud positiivsed. Seda kinnitavad Link ja Cullen (1983) tuues välja, et need inimesed, kellel on rohkem positiivseid kokkupuuteid ning kes on teadlikumad, ei seosta omavahel psüühikahäiret ja vägivaldset käitumist. Samuti ei arva nad, et inimene on psüühikahäire endale ise tekitanud (McKeon ja

Carrick, 1991). Nad ei pea oluliseks hoida distantse ning käituvad vähem diskrimineerivalt (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak ja Penn, 2001). Seega võib öelda, et vähesed teadmised vaimse tervise probleemidest, puudulikud teadmised psüühikahäirete olemusest ning nende avaldumisest põhjustavad psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimist.

1.5 Psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimise tagajärjed

Stigmatiseerimisel on mitmed negatiivseid tagajärgi, mis mõjutavad psüühikahäiretega inimeste elukvaliteeti. Maailma terviseorganisatsiooni (WHO, 2016) andmetel puutuvad vaimse tervise probleemidega kokku rohkem kui 450 miljonit inimest maailmas. Iga viies täiskasvanu kogeb elu jooksul vähemalt ühe korra mõnda vaimse tervise probleemi, kuid vaid 35% inimestest otsib sümptomite ilmnemisel abi (Slade, Johnston, Browne, Andrews ja Whoteford, 2009). Kuigi on olemas ravimid ja abistavad teenused, jäävad väga paljud vaimse tervise probleemidega inimesed diagnoosimata ega saa professionaalset tuge ja abi, mida vajaksid (Andrews, Issakidis ja Carter, 2001). Hirm stigmatiseerimise ning „vaimuhaigeks“ sildistamise ees hoiab psühhiaatriaiglate esmasest vastuvõtust eemale rohkem kui pooled nendest inimestest, kes ravist suure tõenäosusega abi saaksid (Corrigan, Roe, Hector ja Stang, 2011).

Ravi edasilükkamisel on negatiivsed tagajärjed inimese tervisele. Psüühhoosi korral raviga viivitamine võib viia madalama neurokognitiivse võimekuseni, madalama sotsiaalse toimetulekuni (Amminger, Edwards, Brewer, Harrigan, McGorry, 2002) ja pikema esmase hospitaliseerimiseni (Penttilä jt, 2013). Lagerberg ja teised (2010) kirjutavad, et ravi edasi lükkamine meeleoluhäirete korral, näiteks bipolaarne häire, suurendab sõltuvusainete kuritarvitamise ja enesetapu sooritamise riski. Sümptomite ilmnemisel eelistavad vaimse tervise probleemidega inimesed tihti peale professionaalse abi otsimise asemel oma probleeme ise lahendada (Van Beljouw jt, 2010). Samuti peetakse esmaseid sümptomeid sageli külmetushaiguse või ebapiisava une tagajärjeks (Tanskanen jt, 2011).

Psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimise tagajärjeks on diskrimineerimine (Link ja Phelan, 2001). Sotsiaalse tõrjutusega võetakse psüühikahäiretega inimestelt võrdne võimalus osaleda ühiskonnaelus täiel määral, kasutada võrdselt hüvesid ning võtta sõna olulistel teemadel

(Kabeer, 2006). Üks peamisi põhjuseid, miks vaimse tervise probleemidega inimesed väldivad diagnoosi saamist ja ravi, on hirm negatiivse kuvandi ees, mis sellega kaasneb (Clement, 2012). Teadlase Clement'i (2012) läbi viidud uuringust ilmnes, et 83,2% vaimse tervise teenuse kasutajatest viivitas ravile pöördumisega kuna kartis, et see mõjutab nende võimalust saada hea töökoht. Selles uurimuses oli hirm tööturul tõrjumise ees kõige suurem ravile pöördumise barjäär (Clement, 2012). Kõige sagedamini toimub psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimine tööturul: stigma tõttu palgatakse neid väiksema tõenäosusega ning vallandatakse tihedamini (Quinn jt, 2015). Erivajadustega inimeste töövõimalused on piiratud mitte niivõrd nende vaimsete ja füüsiliste võimetega, vaid teiste inimeste loodud barjääridega, mida Hahn (1983, viidanud Link ja Phelan, 2001 kaudu) kutsus „vigaseks keskkonnaks“-näiteks on tööturul takistuseks vähetootav kollektiiv või halb ligipääsetavus asutusele.

Diskrimineerimine mõjutab psüühikahäiretega inimeste elu mitmes valdkonnas. Vaimse tervise probleemidega inimestel on raskem üürida korterit (Link jt, 1987), väiksem ligipääs raviasutustele ja neid süüdistatakse sagedasemini alusetult vägivaldsetes kuritegudes (Page, 1995). Quinn'i ja teiste (2015) läbi viidud uuringus vastas 23% küsitletust, et politsei on neid alusetult taga kiusatud. Diskrimineerimine võib toimuda ka struktureeritult. Link ja Phelan (2001) töid välja, et kuna skisofreenia on tugevalt stigmatiseeritud, siis panustatakse vähem raha selle uurimisele ja teenuste osutamisele. Ajaloolise stigmatiseerimise tõttu asuvad psüühilise erivajadusega inimestele teenuseid pakkuvad asutused isoleeritud kohtades, asutusest eemal, kus ei ole piisavalt võimalusi psüühikahäiretega inimesi ühiskonda sotsialiseerida (Link ja Phelan, 2001). Selle nähtuse kohta kasutatakse väljendit „mitte minu tagahoovis“ (Dear ja Lewis, 1986).

Psüühilise erivajadusega inimesed, kellel on rohkem tuge, kogevad vähem stressi ning on vähem mõjutatud stigmatiseerimisest, seetõttu on ühiskonda integreerimine oluline. Sotsiaalsed suhted tõstavad enesehinnangut (Link ja Phelan, 2001) ning pärsivad psüühikahäiret ja depressiooni väljakujunemist (Kirkbride jt, 2008). Samuti on tõestatud, et tugeva sotsiaalse kapitali olemasolu vähendab enesetapu riski, alkoholi kuritarvitamist (Helliwell 2003) ja kuritegevust (Buonanno, Montolio ja Vanin, 2009). On oluline, et psüühikahäiretega inimesel oleks tugiisik kellegagi rääkida muredest ja hirmudest ning kes toetaks tema enesehinnangut. Samas võib teistpidi inimese vaimne tervis mõjutada ka tema sotsiaalseid suhteid, näiteks madala vaimse tervise skooriga inimene leiab endale väiksema tõenäosusega elukaaslase ja abiellub, hoiab rohkem eemale tööturust ning on keskmisest häbelikum (Rohde, D'Ambrosio, Tang ja Rao, 2016).

1.5.1 Tunnetatud stigmatiseerimisega toimetulekustrateegiad

Tunnetatud stigmatiseerimisega kaasneb toimetulekustrateegiate kasutamine, ehk ennast kahjustav käitumine ning mõtlemine (Beck, 2010). LeBel'i (2008) definitsiooni kohaselt sisaldab tunnetatud stigmatiseerimine seda mida indiviid arvab, et enamik inimesi usub stigmatiseeritud grupi kohta üldiselt ning kuidas indiviid arvab, et ühiskond näeb teda kui stigmatiseeritud grupi liiget. Kui psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerimist või kardavad, et see võib neile osaks saada, siis on kolm viisi, kuidas nad end kaitsta üritavad (Goffman, 1963). Goffman (1963) toob välja, et esimeseks neist on saladuse hoidmine, mis on enamasti esimene kaitsemehhanism, mis psüühikahäiretega inimesed haiguse ilmnemisel kasutusele võtavad. Nimetatud autor ütleb, et inimesed varjavad oma psüühikahäiret või selle ravi kolleegide, perekonna ja sugulaste ning võimalike partnerite eest, et ennetada eemale tõukamist ning halvaks panu. Teiseks strateegiaks on Goffmani (1963) järgi eemaldumine või ühiskonna elust kõrvale hoidmine. Selle toimetulekustrateegia puhul suhtleb inimene ainult grupiga, kuhu kuuluvad liikmed keda ta sildistab „meie“ ning väldib sotsiaalseid olukordi ning avalike ruume (Goffman, 1963). Kolmas toimetuleku viis on teadlikkuse tõstmine või informeerimine, mille alla kuulub ennetav selgitamine, et vältida negatiivset reaktsiooni ehk teadlikkuse tõstmise eesmärgiks on teiste inimeste negatiivsete arusaamade muutmine (Goffman, 1963). Seda strateegiat kasutades inimene ei eelda, et ühiskonnaliikmed teda passiivset aktsepteerivad, nagu eeldavad salatsemine ja teistest eemaldumine. Samas võib tunnetatud stigmatiseerimise korral oma psüühika- või vaimse tervise häirete avalikuks tegemine viia halvaks panu ja lausa diskrimineerimiseni (Link jt, 1989).

Kaks samas või sarnases olukorras olevat psüühikahäirega inimest võivad käituda erinevalt ja tulenevalt toimetulekustrateegiast võib stigmatiseerimine mõjuda erinevalt. Oma haigusest teistele rääkimine võib viia kas tõrjumise või hoopis sotsiaalse toetuseni, samas mitte rääkimine või saladuse hoidmine võib kaitsta diskrimineerimise eest, kuid sellel on halvemad pikaajased tagajärjed ning pidev hirm saladuse välja tulemise ees tekitab suurel määral stressi (Brohan jt, 2012). Linki ja teiste (1991) uuring näitab, et erinevad toimetuleku viisid ei ole efektiivsed, kuna takistavad aktiivset sotsiaalset kaasatust, tekitavad elukvaliteedi- ja enesehinnangu langust, depressiooni sümptomite avaldumist, töötust ja sissetuleku vähenemist. Samad autorid leiavad, et oma psüühikahäirete saladuses hoidmine ja teistest inimestest eemaldumine viib vaimse tervise probleemidega inimese kaugemale vajaliku ravi saamisest ning haigust varjates ei saada emotsionaalset tuge, mida raskel ajal vajatakse. Samuti lahendus ei ole ka

ühiskonnaelust eemaldumine, kuna see suurendab sotsiaalset isolatsiooni ja üksindusetunnet (Link jt, 1991). Uuringust selgus, et kui inimene tundis end oma psüühikahäirest rääkides mugavalt, ilmes vähem diskrimineerimist ning stigmaga seonduvat pinget (Rusch, Brohan, Gabbidon, Thornicroft ja Clement, 2014).

1.5.2 Psüühikahäiretega inimeste enesestigmatiseerimine

Enesestigma on avaliku stigma internaliseerimine, ehk häbitunde, lootusetuse, enese süüdistamise ning diskrimineerimise hirmu seostamine oma psüühikahäiretega (Corrigan, 1998). Psüühikahäiretega inimesed, kes on stigma internaliseerinud, mitte ainult ei nõustu ühiskonnas levivate stereotüüpidega, vaid ka usuvad, et need kehtivad nende kohta (Quinn jt, 2015). Uuringust selgus (Corrigan jt, 2005), et peaaegu pooltel psüühikahäiretega inimestest ilmneb keskmisel või kõrgel määral enesestigma ning 40-70% inimestest puutub regulaarselt kokku diskrimineerimise ja negatiivsete hoiakutega. Samas näitavad mõned uuringud, et enesestigmatiseerimine ning uskumine, et teised hindavad neid psüühikahäirete tõttu halvasti on suurem kui tegelik diskrimineerimise kogemus (Thornicroft, 2009). Deegan (1990) kirjutab, et stereotüüpe internaliseerivate inimeste kõrval eksisteerib ka teine grupp indiviide, kelles tekitab ebaaus diskrimineerimine viha ebaõigluse vastu- seda nimetatakse enesestigma paradoksiks. Enesestigma paradoks motiveerib stigmatiseeritud inimest muutma ühiskonna loodud kuvandit ning tõestama vastupidist, mistõttu nad järgivad oma raviplaani ning nõuavad võrdseid võimalusi ja paremat kvaliteeti teenustes (Deegan, 1990).

Enesestigmatiseerimist uurisid Steele ja Aronson (1995). Autorid leidsid, et tumedanahalised inimesed on teadlikud levivast stereotüübist, et nende rassi esindajate intellektuaalne võimekus on madalam kui euroopiidsel rassist. Testis, mille kohta oli teada, et see testib vaimset võimekust, läks afroameerikastel valgetest halvemini, kuid kui testi eesmärgiks peeti muud kui võimekuse kindlaks tegemist, oli nende tulemus teistega võrdne (Steele ja Aronson, 1995). Seda järeldust saab rakendada ka psüühikahäirete stigmatiseerimisele. Karidi ja teised (2010) kirjutavad, et mida rohkem psüühikahäiretega inimesi peetakse ettearvamatuteks, seda sagedamini kipuvad nad ootustele vastama. Inimesed tunnevad, et nende kohta levivad stereotüübid on tõesed ja need internaliseeritakse oma mina-pilti, mistõttu hakkavad nad käituma nii, nagu ühiskond neilt ootab (Karidi jt, 2010).

Enesestigma käsitlevad teooriad uurivad, miks mõned vaimsete häiretega inimesed võtavad üle kultuuris ja ühiskonnas levivaid stereotüüpe (näiteks kui psüühikahäiretega inimesed on ohtlikud, siis järelikult olen ka mina ohtlik). Corrigan ja Watson (2002) eristavad enesestigmatiseerimisel nelja etappi. Esimeseks nimetatud autorite poolt välja toodud etapiks on inimese teadlikkus levivatest stereotüüpidest (enamik inimesi usub, et psüühikahäiretega inimesed on ise oma probleemides süüdi), teiseks ta nõustub nendega (ma arvan, et enamus psüühikahäiretega inimesi on ise oma probleemides süüdi). Seejärel ta kinnitab endale, et need stereotüübid kehtivad ning seetõttu rakenduvad need ka talle (kuna mul on psüühikahäire, siis olen oma probleemides ise süüdi), mis viimaks toob kaasa enesehinnangu languse (kuna olen ise oma probleemides süüdi, siis olen vähem väärtuslik) (Corrigan ja Watson, 2002). Kui ennast stigmatiseerivad mõtted on korduvad, siis muutuvad need automaatmõteteks ning kinnistuvad inimese minapilti (Beckett ja Horner, 2016).

Enesestigmatiseerimine mõjutab inimese heaolu ning stigma internaliseerimist seostatakse negatiivsete tagajärgedega enesehinnangule, eneseteostusele, elukvaliteedile ja ravimotivatsioonile (Watson, Corrigan, Larson, Sells, 2007). Samuti seostatakse enesestigmat depressiooni- ja sotsiaalse ärevuse sümptomitega (Yanos, Roe, Markus ja Lysaker, 2008). Enesestigmatiseerimise otsesteks tagajärgedeks on stress, sotsiaalne eraldumine, salatsemise, enesehinnangu langus ja suurem tõenäosus kasutada toimetulekustrateegiaid (Link jt, 1991). Enesestigmaga seostub vähenenud sihikindel tegutsemine parima võimaliku heaolu nimel ning väiksem lootustunne parema tuleviku suhtes (Watson jt, 2007). Corrigan ja Watson (2002) on leidnud, et enesehinnang sõltub suuresti ka sellest, millise grupiga oma sooritusi võrreldakse. Psüühilise erivajadusega inimese enesehinnang langeb, kui ta võrdleb ennast enamusega (enamus inimesi suudab elada iseseisvalt, järelikult olen mina nendest halvem) (Corrigan ja Watson, 2002). Positiivset ja selget minapilti omades on kergem tõrjuda ühiskonna negatiivseid stereotüüpe ning seeläbi stigma mitte internaliseerida (Hasson-Ohayon jt, 2014).

1.5.3. Identiteedi kujunemine

Identiteeti saab käsitleda kui personaalsete omaduste hulka mis teevad inimese teistest erinevaks; see väljendub selles, millisena ta ise ennast defineerib (ma näen ennast kui inimest, kellel on psüühikahäire) (Beckett ja Taylor, 2010). Sotsioloogid aga kasutavad identiteedi

mõistet kui sotsiaalne identiteet, ehk teadmine endast sotsiaalsetes suhetes, näiteks kuulumine mingisse gruppi (ma samastun teiste inimestega, kellel on psüühikahäire, sest ka minul on see), selle alla kuulub rollikäitumine ning diskrimineerimine nende suhtes, kes samasse gruppi ei kuulu (McLeod, 2008). Sotsiaalse identiteedi teooria kohaselt kujuneb inimese identiteet ja enesehinnang vastavalt tema liikmelisusele sotsiaalses grupis: inimene väljendab poolehoidu sellele grupile, millega tal on ühised sotsiaalsed tegurid (McLeod, 2008). Oma grupile (*in-group*) omistatakse positiivsemaid omadusi kui teisele grupile (*out-group*) (Stuart, 2003). Rääkides identiteedist kasutab Goffman (1963) mõistet hellitatud identiteet (*spoiled identity*), mis stigmatiseerimisele toetudes jaotab inimesed normaalseks ja ebanormaalseks. Järelikult need, kes on ebanormaalsed, on vähem väärtuslikud. Kui inimesed elavad teiste poolt valesti määratletud identiteediga, siis hakkavad nad seda lõpuks uskuma ning loovad selle ümber oma minapildi (Constantinides, 2011). Viidatud autor toob näiteks, et kui noorele neiu öeldakse igapäev otseselt või kaudselt, et ta peaks olema peenike kuid ta seda ei ole, siis see vähendab tema enda silmis oma väärtust inimesena.

Seda, kuidas teised näevad meid ning kuidas meie näeme iseennast, kujundab keel ja sõnavara (Beckett ja Taylor, 2010). Sildistamise käigus omastatakse inimesele tunnus, mis saabki temaks endaks, näiteks kui inimesel on skisofreenia, siis öeldakse tihtipeale skisofreenik (mitte skisofreeniat põdev inimene) või autismi sündroomiga inimesele autist (Link ja Phelan, 2001). Keelekasutusest sõltub suuresti stereotüüpide kujunemine, mis omakorda mõjutab inimese minapilti ning kui inimene tunneb, et diagnoos on lahutamatu osa temast endast, suurendab see enesestigma ohtu (Beckett, Horner 2016). Keele kasutuse puhul on oluline rõhutada inimest ennast. Beckett ja Horner (2016) kirjutavad, et selle asemel, et öelda *kannatab psüühikahäire all*, võiks öelda *elu psüühikahäiretega*, sest positivistlik keelekasutus võimustab inimesi ning kujundab seeläbi positiivsemat enesehinnangut ning identiteeti.

1.6 Stigmatiseerimine Eestis

Eesti kontekstis on psüühikahäirete stigmatiseerimist käsitletud väga vähe. Üks esimesi analüüse ilmus aastal 2015 (Vootele, Masso ja Osila, 2015), kus kirjutati psüühikahäiretega inimestest tööturul ning pöörati osaliselt tähelepanu ka stigmatiseerimisele. Eesti kohta leiab statistikat rahvusvahelistest uuringutest. Näiteks 2006. aasta Eurobaromeetri järgi (Mental

Well-Being, 2006) võib öelda, et Eestis (EE) on psüühikahäiretega inimeste suhtes hoiakud negatiivsemad, kui Euroopa Liidus (EL) keskmiselt. Nimetatud uuringu kohaselt on Eestis (76%) võrreldes EL keskmisega (63%) rohkem inimesi, kes arvavad, et psühhiaatriliste ja vaimse tervise probleemidega inimesed on ettearvamatud, nad on ise oma terviseprobleemides süüdi (EE 24%, EL 14%) ning nad ei saa mitte kunagi terveks (EE 22%, EL 21%). Kõige suurem lõhe võrreldes Euroopa keskmisega ilmneb väites, et psüühikahäiretega inimesed kujutavad ohtu teistele inimestele: Eestis oli sellega nõus enamus ehk 60% inimestest, Euroopa Liidu riikides keskmiselt aga 37% (Mental Well-Being, 2006). 2010. aasta Eurobaromeetris (Mental Health, 2010) leiti, et Eestis on võrreldes muu Euroopaga rohkem inimesi, kes leiavad, et neil oleks raske suhelda tõsise vaimse tervise häirega inimestega, vastavalt Eestis 35% ning Euroopas 22%.

Käsitledes Eestlaste hoiakuid psüühikahäiretega inimeste suhtes, ei saa jätta kõrvale Eesti ajalugu ja NSV Liidu aegset psühhiaatrilist ravi. Peeter Kaasik (2011) kirjutab, et nõukogude ajal ei erinenud eripsühhiaatriaiglate režiim vanglast. Kasutati karne ravivõtteid ning „poliitilise psühhiaatria“ eesmärgiks polnud ainult teisitimõtlejate eraldamine ühiskonnast, vaid ka nende „vaimu murdmine“ või vähemalt mulje jätmine, et teisitimõtleja on vaimse erivajadusega (Kaasik, 2011). Võib arvata, et sellistest praktikatest kuulmine levitas tavakodanike seas hirmu, mis omakorda lõi vale kujutuspildi psüühikahäiretega inimestest ning psühhiaatriakliinikutest.

PROBLEEMISEADE

Ühiskonnas on teadlikkus psüühikahäiretest madal. Inimesed ei tea kuidas psüühikahäired avalduvad ning mida need tähendavad. Levivad erinevad stereotüübid ning halvustavad hoiakud. Näiteks, et kõik psüühikahäiretega inimesed on ohtlikud ja ettearvamatud ning otsused tuleb nende eest teha ära (Corrigan ja Watson, 2002). Teadlikkus ning suhtumine psüühikahäiretega inimestesse on paranenud, kuid siiski levib psüühilise erivajadusega inimeste kohta rohkem negatiivseid hoiakuid kui füüsilise erivajadusega inimeste kohta (Corrigan ja Watson, 2002).

Eesti kontekstis pole psüühikahäiretega inimeste enda kogemusi stigmatiseerimisest ega enesestigma aspekte uuritud. Psüühilise erivajadustega inimeste stigmatiseerimist on oluline uurida, sest see mõjutab otseselt inimeste erinevaid eluvaldkondasid. Stigmast tingitud hoiakutest sõltub psüühikahäire avaldumise korral ravile pöördumise aeg ja ravi efektiivsus, sotsiaalne kaasatus ning tööturul osalemine. See kõik mõjutab otseselt inimeste elu kvaliteeti.

Psüühikahäiretega inimesi mõjutab teiste inimeste poolne stigmatiseerimine. Vaimse tervise probleemidega inimeste stigmatiseerimine viib nende diskrimineerimiseni, mille tõttu jäetakse psüühikahäiretega inimesed ilma üürikorteritest (Link jt, 1987) või võimalusest osaleda avalikul tööturul (Quinn jt, 2015). Samas on stigmatiseerimisest mõjutatud ka see, kuidas psüühikahäiretega inimesed suhtuvad iseendasse, millisel määral esineb neil enesestigma aspekte ehk häbitunnet (Constantinides, 2011), stigma internaliseerimist ning toimetulekustrateegiate kasutamist (Corrigan, 1998).

Ei ole teada millistes eluvaldkondades Eestis psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerimist, kuidas see mõjutab psüühikahäiretega inimeste käitumist ning milliseid enesestigma aspekte avaldub psüühikahäiretega inimeste jutus. Sellest tulenevalt on uurimustöö eesmärk tuua välja erihoolekandeteenusel olevate psüühikahäiretega klientide tunnetatud stigmatiseerimise kogemusi ja enesestigmatiseerimisele viitavad aspekte. Lähtuvalt uurimuse eesmärgist püstitan järgmised uurimisküsimused:

- 1) Millistes eluvaldkondades või olukordades psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerimist?
- 2) Kuidas psüühikahäiretega inimesed käituvad tunnetatud stigmatiseerimise korral?
- 3) Milliseid enesestigma aspekte psüühikahäiretega inimesed väljendavad oma kõnes?

2. METOODIKA

2.1. Andmekogumismeetod

Töös kasutasin kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivne uurimus on suunatud sotsiaalsete nähtuste sügavamale mõistmisele ja seletamisele nende loomulikes tingimustes. Uuritakse inimeste kogemuste olemust ning seda, millise tähenduse nad ise oma kogemusele ja ümbritsevale maailmale annavad. (Draper, 2004) Inimeste elu situatsioone saab objektiivselt kirjeldada indikaatoritega nagu sissetulek, haridustase, vanus jne. Kvalitatiivne uurimisviis võimaldab näha nendest kaugemale uurides näiteks inimese väärtushinnanguid või tõlgendusi. (Flick, Kardorff ja Steinke, 2004).

Uurimistöö andmekogumismeetodina kasutasin poolstruktureeritud individuaalintervjuusid. See uurimismeetod võimaldab lisaks intervjuukavale (vt lisa 1) küsida täpsustavaid küsimusi ning uurimisfookust hoida vastavalt vajadusele (Mayring, 2000). Intervjuukava põhineb osaliselt Link-i ja teiste välja töötatud küsimustikul (1987) millest võtsin mõned teemad ning küsimused ning tegin need poolstruktureeritud intervjuu jaoks ümber. Intervjuukava koostamisel lähtutusin Morse (2001) soovitustest psüühikahäiretega inimeste intervjueerimiseks. Seetõttu on küsimused sõnastatud võimalikult konkreetset, kasutades muuhulgas kinnised „kas“ küsimusi, et vältida uurimuses osalejate mõtete hajumist. Kinnistele küsimustele järgneb täpsustav või selgitav küsimus. Intervjuukava koosneb viiest teemablokist. Kolme esimese teemabloki eesmärk on uurida kuidas erinevad toimetulekustrategiad avalduvad psüühikahäiretega inimeste erinevates suhtlussituatsioonides nende tunnetatud stigmatiseerimise korral. Neljas teemablokk uurib psüühikahäiretega inimeste poolt tunnetatud tavainimeste hoiakuid ning viies psüühikahäirete mõju suhtlussituatsioonidele. Enesestigmatiseerimise kohta küsimusi ei olnud. Kavatsus oli analüüsida intervjuus antud vastuseid ning tuua välja mil määral esineb inimese sõnavaras enesestigmatiseerimist.

2.2 Uurimuses osalejad

Uurimuses osalejad valisin erinevate kriteeriumite põhjal. Nõudeks oli, et uurimuses osalejatel oleks psüühikahäire ning nad saaksid käesoleval ajal erihoolekandeteenustest igapäevaelu

toetamise teenust. Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärk on toetada inimese iseseisvat toimetulekut läbi emotsionaalse ja sotsiaalse toimetuleku toetamise. Teenusel toetatakse nõustamise ning abistamisega inimese igapäevaelu- ja tööoskusi. (Sotsiaalkindlustusamet, 2017) Samuti pidasin oluliseks, et uurimuses osalejad saaksid regulaarselt ravi ja oleksid oma taastumisega etapis, kus oskaksid ennast kõrvalt vaadata, reflekteerida ja analüüsida nii oma tundeid kui ka ühiskonna arvamusi. Osalejate valimisel pidasin silmas, et kõik uuritavad oleksid praegu või varasemalt osalenud aktiivselt ühiskonnaelus ning omaksid töökogemust. Uurimuses osalejad on tööelised ning olnud igapäeva elu toetamise teenusel vähemalt viis aastat. Nad elavad iseseisvalt oma kodus või koos perekonnaga ning kõigil on olemas lähedased ja sõbrad.

2.3 Andmete kogumise protsess

Intervjuud viisin läbi viie Tartu linnas erihoolekandeteenusel oleva kliendiga. Osalejad valisin lähtuvalt enda seatud kriteeriumitest. Kuna töotan ise samas asutuses, oli varasem kokkupuude kõigi viie uurimuses osalejaga olemas. Samas ei olnud ükski intervjuudes osalenutest minu tugiklient, seega on kõigi intervjuueeritute suhe võrdne. Kõik viis klienti olid hea meelega nõus uurimuses osalema ning intervjuud lepidi kokku samaks päevaks. Enne intervjuueerimise alustamist informeerisin kõiki kliente, et intervjuud on anonüümsed ja küsisin luba vestluse lindistamiseks. Kõik andsid selleks loa. Intervjuude kestvus varieerus 40 minutist 58 minutini ning nende salvestamiseks kasutasin diktofoni. Vestlused toimusid erihoolekandetasutuses privaates ühiskasutuses olevates neutraalsetes ruumides, kus uurimuses osalejad said segamata rääkida. Intervjuud viisin läbi veebruaris ja märtsis. Märtsis transkribeerisin lindistatud intervjuud sõna-sõnalt ning aprillis koostas analüüsi. Uurimuses osalejate anonüümsuse tagamiseks asendasin nende nimed koodidega K1, K2 jne.

2.4 Andmeanalüüsi meetod

Andmeanalüüsi meetodina kasutasin kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivne sisuanalüüs on tekstipõhine ning võimaldab arvesse võtta ka peidetud tähendusi, näiteks uurimuses osaleja emotsioone ja lugeda mõtteid ridade vahelt (Mayring, 2000).

Peale helimaterjalide kogumist transkribeerisin intervjuud, jättes tsitaadid grammatiliselt korrigeerimata, et intervjuueeritute öeldu oleks võimalikult muutmata. Kirjeldasin ka uurimuses osalejate emotsioone. Järgmiseks kodeerisin transkriptsioonid. Vastavalt koodidele koondasin sarnased teemad ning tekkis kaks alakategooriat. Kodeerimiseks ja kategoriseerimiseks kasutasin arvutiprogrammi MAXQDA.

2.5 Eetika

Kõik uurimuses osalejad andsid nõusoleku intervjuudes osaleda vabatahtlikult ning nõustusid intervjuude käigus saadud info kasutamisega uurimistöös. Enne intervjuude läbiviimist tutvustasin uurimuses osalejatele konfidentsiaalsuse reegleid. Asutuse töötajana olen allkirjastanud ka konfidentsiaalsuse lepingu. Samuti teavitasin intervjuudes osalejaid võimalusest küsimusele mitte vastata, kui see neis ebamugavust tekitab. Uurimuses osalejate anonüümsuse tagamiseks ei maini ma töös nende nimesid ega isikuandmeid, mille abil oleks intervjuueeritavaid võimalik ära tunda. Samuti ei avalikusta ma erihoolekandeteenust osutava asutuse nime.

2.6 Uurija refleksiivsus

Uurimuse puhul tuleb arvesse võtta minu seost erihoolekandeteenust pakkuva asutusega ning rollikonflikti. Samas asutuses töötades ei pruugi ma kõike objektiivselt tõlgendada või märgata. Topeltroll tegevusjuhendaja ning uurijana tekitas segadust mida intervjuude käigus saadud infoga tegevusjuhendajana peale hakata ning kas on vajadus sekkumiseks. Konfidentsiaalsusest

ning eetikast lähtudes otsustasin kaks rolli üksteisest eraldada ning intervjuude käigus saadud infot uurimuses osalenud klientidega töökeskkonnas enam mitte käsitleda.

Teisalt võimaldas minu ja klientide vaheline usaldussuhe neil ennast intervjuude ajal mugavalt tunda. Kuna tegu on isiklike küsimustega, millele võib olla raske vastata, aitas varasem omavaheline kokkupuude anda avatumaid vastuseid ning seeläbi teemaga sügavamale minna. Vastastikune usaldussuhe oli heaks aluseks sisutihedale vestlusele. Samuti tegi õhkkonna turvalisemaks intervjuude läbiviimise koht: need toimusid erihoolekandetasutuses neutraalses ruumis, kus uurimuses osalejad on korduvalt käinud. Intervjuud viisin läbi tuttavate inimestega igapäevaselt kasutatavates ruumides ning seetõttu tundsin ka mina end intervjuusid tehes hästi ja enesekindlalt.

3. ANALÜÜS JA ARUTELU

Käesolevas peatükis esitan uurimustulemused, mis põhinevad uurimuses osalejatega läbiviidud intervjuudest saadud andmetel. Saadud tulemused jagunevad kahte alateemasse. Esimeses keskendun tunnetatud stigmatiseerimisele. Sellega seondult käsitlen ühiskonnaliikmete teadmatust psüühikahäiretest, distantse hoidmist ja halvustamist ning eelarvamust psüühikahäiretega inimese ohtliku käitumise kohta. Teises alateemas käsitlen keskkonna ja inimese interaktsioonis tekkivat stigmatiseerimist. Selle alla liigitan kõik, mis tuleneb psüühikahäiretega inimese enda mõtlemisest või käitumisest. Samas analüüsin ka toimetulekustrateegiaid ning enesestigmatiseerimist.

Tulemuste ilmetamiseks kasutan intervjuudest pärit tsitaate, mida kasutan muutmata kujul. Uuritavate anonüümsuse tagamiseks kasutan järgnevas tulemuste analüüsis osalejate nimede asemel koodi K1...K5. Väljajäetud tekstiosad on tähistatud märgendiga /.../.

3.1. Tunnetatud stigmatiseerimine

Uurimusest selgus, et stigmatiseerimisega on rohkem või vähemal määral kokku puutunud kõik intervjuueeritud. Kõige enam tajuvad nad halvustavat suhtumist ning stereotüpiseerimist tööturul, kuid seda esineb ka teistes eluvaldkondades.

3.1.1. Ühiskonnaliikmete vähesed teadmised psüühikahäirete olemusest

Intervjuudes töid osalejad välja, et ühiskonnas on nii tavakodanikel kui ka sotsiaalvaldkonna spetsialistidel vähe teadmisi psüühikahäirete olemusest ning häiretest põhjustatud käitumisest. Esinevad hirmud, mistõttu hoitakse eemale või valitakse psüühikahäiretega inimestele ebasobivad suhtlemisviisid; kinnistunud on teatud eelarvamused.

Uurimuses osalejad tõdesid, et tavainimeste teadmised psüühikahäiretest on väga kesised. Suur hulk inimesi ei tea, mida vaimset tervist puuduvad haigused endast kujutavad või millisel viisil need käitumises avalduvad.

K5: „Inimesed lihtsalt ei tea mida oodata. Kui ilusti ära seletada diagnoos, siis ega vast ei kardetaks ka nii palju.“

Samuti on inimestel väga napid teadmised psüühikahäirete tekkepõhjustest. Näiteks esineb arvamusi, et psüühikahäiretega inimesed on haiguse oma käitumisega ise põhjustanud.

K2: „Ta kirjutas, et see vaimuhaigus on sul karistus selle eest, mis sa mulle tegid.“

Teadmatus on hirmu allikas ning viib erinevate eelarvamuste väljakujunemiseni.

K2: „See tuleneb /.../ hirmust. Inimesed lihtsalt ei tea mida psüühikahäire endast kujutab ja nad mõtlevad... noh palju eelarvamusi.“

Oluline on siinkohal märkida, et toimumas on muutused suhtumises, teadlikkus on paranemas ja noored on psüühikahäiretega inimeste suhtes sallivamad.

K2: „Noored mõistavad paremini. Seda võib küll öelda, et noored mõistavad paremini.“

Vaimse tervise probleemide tagajärgede mitte mõistmine mõjutab psüühikahäiretega inimeste elu erinevates valdkondades. Näiteks on raskendatud sõprade ja lähedaste inimeste leidmine, samuti on keeruline leida tööd avalikul tööturul.

K1: „Neil ei olnud piisavalt palju teadlikkust ega ka hoolimist ilmselt. Lihtsam on ju vallandada ja keegi terve inimene võtta.“

Ühiskonnaliikmed ei mõista ka teatud valikuid või käitumisi. Sageli lihtsalt ei saada aru, milline on inimese elu psüühikahäiretega ja milliseid takistusi tuleb igapäevaselt ületada.

K1: „Ka üldisem mõistmatus. Näiteks, kui inimesed küsivad miks ma enda emaga elan. Nad ei saa aru, et mul on üksi raske, kasvõi rahaliselt.“

Vähesed teadmised ja negatiivsed hoiakuid ei ole mitte ainult tavakodanikel, vaid ka erivajadusega inimestega töötavatel spetsialistidel. Kompetentsi puudumine tekitab frustratsiooni: näiteks Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajatega puutuvad psüühikahäiretega inimesed sagedasti kokku, kuid saamata jääb oodatud abi ja tugi.

K5: „Töötukassas kui mind koondati /.../ läksin siis töötukassa juhtumikorraldaja juurde ja selgitasin olukorda ja siis ta pakkus mulle õmbleja ametit. Ma ütlesin, et see ei sobi mulle, mul

käed värisevad ja ma ei saaks nii peenet tööd teha. Aga no tõesti.... mõni päev ei saa pluusi nõõpigi kinni. Tema hakkas kõva häälega et misasja, ma olen värisevaid käsi näinud küll, sinul küll seda viga ei ole. Hakkas mind süüdistama ja halvustama, justkui ma hiiliks kõrvale töö tegemisest ja oleks nagu mugavaks jäänud. Aga tegelikult see ju nii ei ole. Mulle õudsalt meeldib tööd teha, ma vihkan niisama passimist.“

K1: „Kõige negatiivsem? Mõistmatus. Inimesed ei mõista. Näiteks töötukassa inimesed. Nemad vaatavad mind kui töö põlgurit, aga nad ei saa tegelikult aru mis tunne see on. Muidugi ma tahaks minna tööle. Nad ei saa sellest aru. Ma lihtsalt ei ole võimeline.“

Samas märkisid uurimuses osalejad, et kui psüühikahäired välja ei paista, siis vaimse tervise probleemid nende elu nii palju ei mõjuta. Kõige stigmatiseeritum on diagnoosi nimi. Näiteks suhtuvad tavakodanikud halvemini inimesse, kellel on skisofreenia, kui inimesse, kelle diagnoosiks on depressioon.

K2: „Kui keegi ei tea, siis ei mõjuta. Kui ma sellest ei räägi kõva häälega, siis ma saan siiski elada aktiivset tegusat elu.“

K5: „Töö saamine oleneb diagnoosist, seni kuni välja ei paista ei mõjuta, vähemalt alguses.“

2006. aasta Eurobaromeetritele tuginedes saab öelda (Mental Well-Being, 2006), et Eestis on Euroopa Liidu keskmisega võrreldes tavakodanikel psüühikahäiretega inimestest negatiivsemad arvamused ja kesisemad teadmised. Uurimusest ilmneb, et kõige olulisem on parandada teadlikkust tööturu valdkonnas. Tuleks informeerida potentsiaalseid tööandjaid psüühikahäirete olemusest ning kummutada alusetud eelarvamused. Samuti peaks koolituse abil tõstma sotsiaalvaldkonnas tegutsevate spetsialistide teadlikkust ning psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimist käsitlema ka sotsiaaltöö õppes. Kuna negatiivseid hoiakuid on sotsiaalvaldkonna kujundajatel ehk praktikutel süsteemi erinevatel tasanditel näitab see, kui vähesed on teadmised vaimse tervise probleemidest ning kui sügavale on stereotüübid juurdunud. Samas on teadlikkuse tõstmine väga pikk protsess ja sellega peab tegelema järjepidavavalt.

3.1.2. Eelarvamustest tulenev käitumine: halvustamine ja distantsi hoidmine

Psüühikahäiretega inimesed tunnetavad, et nendega hoiavad distantsti nii ühiskonnaliikmed üldiselt kui ka kolleegid ja tööandjad tööturul. Distantseerumist esineb ka lähedastes. Samuti tuleb halvustavat suhtumist ette sotsiaalsel interaktsiooni nõudvates olukordades.

Teadmatus ja negatiivsed eelarvamusel põhjustavad psüühikahäiretega inimeste tõrjumist ühiskonnas. Inimesed hoiavad teadlikult või teadmatult eemale nendest, kellega seostavad negatiivseid ja endast erinevaid omadusi. Distantst teeb psüühikahäiretega inimeste ühiskonnaellu sulandumise ning enda võrdväärse ühiskonnaliikmena tundmise raskemaks.

K1: „Inimeste stereotüüpne arvamus puudega inimesest on täpselt selline, et psüühikahäirega inimene on hull, nendest tuleb eemale hoida. Tegelt on nii.“

K3: „Ma ei oska seletada. Ei ole nagu ühiskonnas teistega samal joonel. Kuidagi eemal justkui.“

K5: „Just see, et ei ole teistega võrde“.

Uurimuses osalejad tunnetavad tööturul distantsti enda ja teiste ühiskonnaliikmete vahel. See väljendub näiteks inimese töölt kõrvale jätmise või vallandamisena. Negatiivne kogemus tööturul mõjutab tugevalt enesekindlust ning motivatsiooni uuesti tööle minna.

K2: „Saadakse teada jah. Siis hakatakse vältima ja otsima võimalust, et sinust lahti saada, nii igaksjuhuks. Seda ma olen küll palju tunda saanud.“

K4: „Kui siin kõva häälega räägiti, et me töötame psüühikahäirega, eee... siis võibolla teatud majutuse [töötab administraatorina majutusüksuses] klientide suhtumine muutus. /.../ Nad ei tunnetanud enam seda respekti või eee.... sellist... nad hakkasid hoidma distantsti.“

K3: „No kui inimene kes on erivajadusega ja otsib tööd, siis pigem ei taheta neid inimesi nii väga võtta. Sest milleks, kui saad võtta ka mitte erivajadusega inimese. Lihtsam ju.“

Distantsti esineb uute lähisuhete loomisel. Uurimuses osalejad tunnetavad, et inimesed ei taha oma lähedaseks sõbraks ega elukaaslaseks vaimse tervise probleemidega inimest. Negatiivsed hoiakud tekitavad soovi ennast psüühikahäiretega inimesest distantseerida, eemale hoida.

K3: „Ehk inimesed, kes on nagu terved, ei taha häiretega inimestega suhelda, välja teha. Kergem on endasuguste hulgast sõpru leida.“

Distants on tekkinud ka juba olemasolevas lähivõrgustikus. Uurimuses osalejad on tajunud oma lähedaste soovi hoida neist eemale. See muudab psüühikahäiretega inimesed väga haavatavateks, kuna pereliikmed on enamasti inimesed, kelle poole pöördatakse rasketel aegadel ja kellelt eelkõige tuge oodatakse. Kui lähedane inimene endast eemale lükkab, on raske leida enesekindlust, et minna oma murest rääkima erialaspetsialistile, eriti psüühikahäirete avaldumise algusetapil.

K2: „Nad on näinud mind erinevates olukordades. Siiski kohtlevad nad mind teatud distantsiga. Isegi vanemad ma kardan ja õed kindlasti kohe.“

K3: „Sest inimeste suhtumine siiski muutub kui nad teada saavad. Isegi kui pole ise aru saanud, siis kui sa ütled, siis see tekitab inimestes segadust. Nad ei tea mis see on ja eeldavad halvimat. Näiteks mul oli ükskord. Ütlesin sõbrale, või noh ... pigem oli ta tuttav. See rikkus suhtluse ära. Tema suhtumine muutus ettevaatlikumaks.“

Distantsi hoidmist võib põhjustada ka teadmatus kuidas psüühikahäiretega inimesega suhelda ning hirm midagi valesti öelda.

K1: „Terved inimesed natuke pelgavad küsida mõndasi küsimusi. Noh tervisest ja nii. Hirm midagi valesti öelda.“

Uurimuses osalejad on tajunud erinevates olukordades halvakspanevaid pilke või lausa solvanguid. Halvustamine leiab aset sotsiaalsetes kontekstides, kus tekivad tutvused ja võivad kujuneda sõbrasuhted. Negatiivsed kommentaarid ja põhjendamatute seoste loomine käitumise ja haiguse avaldumise vahel, võivad mõjuda halvasti inimese minapildile ja tervisele.

K5: „Kunagi tundsin selliseid halvasti vaatamisi rohkem. Siis kui klubides käisin või mõndadel sünnipäevapidudel. Nüüd ma enam nii aktiivne pole kodust väljas.“

Psüühikahäiretega inimeste endast eemale tõukamine kahjustab vaimse tervise probleemidega inimeste sotsiaalset kaasatust. Neid tõrjutakse tööturul ning diskrimineeritakse psüühikahäire tõttu. See halvendab nende majanduslikku toimetulekut, mis viib ilmajäämiseni teistestki ressurssidest. Samade tulemusteni jõudis ka Kabreer (2006). Quinn ja teised tõestasid (2015), et kõige sagedasem psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimine toimub just tööturul. Stigma tõttu palgatakse neid väiksema tõenäosusega ja vallandatakse tihedamini. Seda tunnetasid ka uurimuses osalejad. Halbade kogemuste tõttu ei taheta enam tööturul osaleda. See suurendab vaesuseriski ja isolatsiooni. Seega on vaja tööandjate seas tõsta teadlikkust levivatest stereotüüpidest, et töökeskkond oleks neutraalne ja meeldiv.

On tõestatud, et lähedased suhted mõjutavad inimese vaimset tervist ning heaolu (Link ja Phelan, 2001). Tahtliku või tahtmatu distantse hoidmisega jäetakse abivajav inimene üksindusse ja ilma toeta. Lähedaste inimeste tõrjumine on kõige kriitilisem ning sekkumist vajav, kuna tugivõrgustiku olemasolu on taastumise seisukohalt äärmiselt oluline. Seega on vaja tõsta lähedaste inimeste teadlikkust. Seda saab teha harides laiemat üldsust ja ühiskonna tavaliikmeid. Üldise kaasatuse teemalise harimisega tuleks alustada juba koolis.

3.1.3. Enimlevinud eelarvamus: psüühikahäiretega inimene on ettearvamatu ja ohtlik

Väga sagedane stereotüüpne eelarvamus psüühikahäiretega inimeste kohta on vägivaldne käitumisviis. Hirm agressiivse ning ettearvamatu käitumise ees esineb nii ühiskonnas laiemalt kui ka tööturul ja lähivõrgustikus.

Uurimuses osalenud tajuvad, et ühiskonnas on tugevalt juurdunud arusaam, et psüühilise erivajadusega inimene on ohtlik ja vägivaldne. Arvatakse, et vaimse tervise probleemidega inimene on diagnoosi tõttu ettearvamatu ega vastuta oma tegude tagajärgede eest. Intervjueeritute sõnul on see kõige levinum stereotüüpne arvamus psüühikahäiretega inimeste kohta.

K2: „Nad mõtlevad et inimene on agressiivne ja tuleb kallale või ma ei tea, teeb midagi koledat.“

K5: „Arvataksegi et see on midagi ohtliku. Näiteks mu sõbranna töötab psüühilise erivajadusega inimestega. Ta ütles seda enda sõbrannale ning temalt küsiti, et kuidas sa õhtul koju julged minna, kas sa ei karda et mõni sind noaga ukse juures ootab?“

Uurimuses osalejad tõdesid, et tugevalt on stigmatiseeritud psühhiaatriakliinikus ravil käimine. Psühhiaatriahaiglaga seostuvad erinevad väärarusaamad ning inimesed ei tea täpselt, mida ravil käimine tähendab. Arvatakse, et sinna eraldatakse kõik ohtlikud inimesed, seega kõik, kes on seal ravil käinud, on ka ise ohtlikud. Psühhiaatriahaiglas ravil olemist seostatakse ettearvamatu käitumisega.

K1: „Just see et sa oled psühhiaatriahaiglas olnud, ehk hullumajas. Inimesed pelgavad seda. Tekitab hirmu. Hullud ju käivad hullumajas.“

Eelarvamus psüühikahäiretega inimeste vägivaldse käitumise kohta levib ka tööturul. Tööandjate hirm, et psüühikahäiretega inimesed käituvad töökeskkonnas ohtlikult, on üheks avalikul tööturul töö saamise takistuseks.

K4: „Nad ikkagi kardavad, et midagi võib juhtuda. Võib firma mainet kahjustada kuidagi selline inimene. Et võib keset klienditeenindust märatsema hakata või sõimlema... või teeb midagi.“

K2: „No nagu hull. Inimene keda ei saa usaldada, kes käitub ettearvamatult, võib olla agressiivne. Ikka teisejärguline inimene, see on nii jah. Esile tulebki see kõige paremini tööturul konkureerides terve inimesega.“

Hirm psüühikahäirega inimese ettearvamatu käitumisse ees püsib ka siis, kui töötaja psüühikahäiretest saadakse teada hiljem, olenemata tema senisest töösooritusest.

K2: „Nad arvasid et ma võin kujutada ohtu sellele lapsele. Seetõttu ma kaotasingi töökoha kuigi ma olin seda ametit pidanud juba pea pool aastat. Et lapsevanem kaebas firmale, et mul on skisofreenia... Ma küll võtsin firmaga ühendust ja selgitasin enda olukorda, kuid siiski arvati, et selline inimene ei sobi erivajadusega lapse tugiisikuks.“

Psüühikahäiretega inimest peavad agressiivseks ka lähivõrgustikuliikmed. Hirmu ja seostamist suurema vägivallariskiga tajuvad uurimuses osalejad mitte ainult võõraste inimeste, vaid ka enda lähedaste seas.

K2: „Ja üks õde on kiivalt hoidnud mind oma lastest eemal. Ta ei ole kutsunud mind külla, ei ole palunud minult abi, et võiksin ju lapse hoida mõnikord /.../ aga teadlikult hoiab mind lastest eemal ühesõnaga, kardab justkui.“

Uurimusest selgus, et psühhiaatriakliiniku ümber on tugev tunnetatud stigma mille üheks aluseks võib olla NSV Liidu psühhiaatria minevikutaak (Kaasik, 2011). Siiani on juurdunud arusaam, et psühhiaatriakliinikusse viiakse inimesed, kes ei kontrolli oma käitumist, eesmärgiga nad ühiskonnast eraldada. Kui psüühikahäiretega inimene on sellest teadlik, vähendab see tõenäosust, et ta probleemide korral haiglasse pöördub. Üks peamisi põhjuseid, miks vaimse tervise probleemidega inimesed väldivad ravi, on hirm negatiivse kuvandi ees, mis sellega kaasneb (Clement, 2012). Ravi edasi lükkamisel või selle vältimisel on aga tõsised tagajärjed tervisele ja seeläbi ka igapäevaelule. Arvamus, et psüühikahäiretega inimene, on vägivaldne on ka erialase kirjanduse põhjal ühiskonnas kõige levinum stereotüüp. Psüühikahäiretega inimeste agressiivsuse stereotüüpi taastoodab meedia (Corrigan ja Watson,

2002). See põhjustab diskrimineerimist tööturul ning on aluseks distantse hoidmisele ja halvustamisele nii tavakodanike kui ka lähivõrgustiku liikmete seas. Seega peaks meedia vahendusel selgitama stigmatiseerimise ja enesestigma negatiivseid tagajärgi ning kummutama müüte, mis ei vasta tõele.

3.2. Inimene keskkonnas

Selles alapeatükis on ülevaade toimetulekustrateegiatest ning enesestigmatiseerimisest. Kirjeldan, kuidas psüühikahäiretega inimene ise mõtleb endast kui isikust, oma käitumisest seoses haigusega ja mismoodi võib inimene oma mõtlemisega enda suhtes teatuid hoiakuid kujundada. Käsitlen ka psüühikahäiretega inimese enda mõtlemise ja käitumise mõju oma minapildile: kas ja mil määral on ta ümbritsevast sotsiaalsest keskkonnast üle võtnud levinud stereotüüpe, kas need on inimesele teada või teadvustamata.

3.2.1. Toimetulekustrateegiad

Stigmatiseerimise tunnetamisel või selle ennetamiseks kasutavad uurimuses osalejad erinevaid toimetuleku viise. Nendeks on diagnoosi saladuses hoidmine, vältiv käitumine ning teadlikkuse tõstmine.

Kõige levinum neist on oma diagnoosi järjepidev saladuses hoidmine. Psüühikahäiretega inimesed usuvad, et kui nende diagnoosist teada saadakse, langeb neile osaks halvustav suhtumine. Seetõttu peetakse paremaks psüühikahäiret kiivalt ainult enda teada hoida ja teiste inimeste eest varjata.

K2: „Et sisetunne ütleb, et peab varjama enda psüühikahäiret või seda, et sul on kunagi olnud midagi. Et praegu võibolla tõesti ei ole pealtnäha midagi märgata/.../ aga et kunagi on olnud. See teadmine ja eelnevad kogemused tekitavad selle alahoiuinstinkti. Hirm haiguse väljatulemise ees on suur. Isegi sotsiaaltöötajad kellega ma rääkinud olen, on maininud, et... isegi arstid on öelnud, et kuule, parem ära maini.“

Oma diagnoosi ja terviseolukorda hoiavad uurimuses osalejad saladuses ka oma pereliikmete ning lähedaste eest. Psüühikahäiretest rääkimist enamasti välditakse ja detailidesse ei langeta.

K4: „Jah. Ega nad ei tea isegi võibolla täpselt mis asi mul on. Lihtsalt, et on midagi natuke valesti ja kõik.“

K3: „Või noh, nad ka kõik ei tea mis psüühika või midagi mul on nii täpselt.“

Uurimuses osalejad arvasid, et tööintervjuul peaks oma psüühikahäirest potentsiaalsele tööandjale rääkima, et vältida selle hilisemat välja tulemist. Siiski hirmust mitte palkamise ees nad seda enamasti teinud ei ole.

K2: „Ja ma olen kindel, et kui ma oleksin rääkinud oma psüühikahäirest, ei oleks ma tööle saanud. Selleks ma teadlikult varjasin seda. Aga pigem ma pean õigeks ikkagi seda algul selgitada.“

Teiseks toimetuleku viisiks on vältimine. Psüühikahäiretega inimesed võivad halvustava suhtumisega kokku puutudes või stigmatiseerimise ennetamiseks hakata vältima teisi inimesi ja sotsiaalsust nõudvaid olukordi. Hakatakse hoidma distantssi ja eemaldutakse ühiskonnaelust. Vältitakse või hoitakse distantssi ka oma lähedastega. Muredest räägitakse pigem psühholoogile või tugiisikule.

K5: „Näiteks kui mõnes seltskonnas tajun, et keegi vaatab mind imelikult või halvustavalt, siis lihtsalt lahkun. Aga nii, et teised arugi ei saa miks. Lihtsalt väldin sellist olukorda ja selliseid inimesi.“

K2: „Aga ikkagi kui ma arvasin et kõik on mind maha jätnud ja nutsin, et keegi ei taha mind ja nii. Pärast tuli ikka välja, et kui ma oleks ise kontakti võtnud või märku andnud et nad mind toetaks või nii, et nad oleks siiski olemas olnud. Eks ise lükkad ka inimesed eemale justkui.“

Kolmandaks toimetulekustrateegiaks on teiste inimeste informeerimine ja nende teadlikkuse tõstmine. Halvustavat suhtumist tajudes ei tee uurimuses osalejad enamasti välja või väldivad seda inimest. Samas on ka neid, kes üritavad teadlikkust tõstes negatiivseid eelarvamusi ümber lükata.

K1: „Mina ütlen hästi palju, et palun, loe. Vii end kurssi sellega mis see haigus tegelikult on. Mõnikord ma ise ka seletan neile, et mida see endast kujutab ja nii.“

Link'i ja teiste uuringust (1991) selgus, et toimetulemise strateegiad ei ole efektiivsed. Need takistavad aktiivset sotsiaalset kaasatust, tekitavad enesehinnangu ja elukvaliteedi langust,

depressiooni sümptomeid ning töötust ja sissetuleku vähenemist. See tuli välja ka uurimuses osalenute jutust. Nad elavad pidevas saladuse välja tulemise hirmus. See on lisastressi allikas ning vähendab elukvaliteeti. Saladuse hoidmine suurendab inimestevahelises suhtluses distantse teineteisega. Samuti põhjustab halvaksapanu diagnoosi hilisem välja tulemine. Salatsemine perekonna ning tugivõrgustikuga jätab inimese ilma emotsionaalsest toest. Inimeste ja sotsiaalsust nõudvate olukordade vältimine võib küll kaitsta suurema halvaksapanu ning diskrimineerimise eest, kuid ühiskonnaelust kõrvale jäämine ning sotsiaalne isolatsioon ei ole lahendus. See suurendab üksindust ning raskendab majanduslikku toimetulekut.

3.2.2. Psüühikahäiretega inimeste enesestigmatiseerimine

Intervjuudest tuli esile, et uurimuses osalenud taastoodavad ka ise negatiivseid stereotüüpe. Erialases kirjanduses nimetatakse seda nähtust enesestigmatiseerimiseks. Intervjueeritute sõnavaras on negatiivse konnotatsiooniga sõnu, millega taastoodetakse ühiskonnas eksisteerivaid stereotüüpe nii enda kui ka teise psüühikahäiretega inimeste kohta. Samuti tuntakse häbi oma diagnoosi pärast.

Uurimuses osalejate jutust väljendus, et nad teevad vahet kahel grupil- inimesed, kellel on psüühikahäired ning inimesed, kellel seda ei ole. Oma sotsiaalsest grupist rääkides ning seda sildistades kasutasid intervjueeritud stigmatiseeritud sõnavara. Kõige sagedasemini nimetasid nad oma sotsiaalse grupi liikmeid haigeteks ja grupist väljaspool olevaid inimesi terveteks.

K3: „Ehk inimesed, kes on nagu terved, ei taha häiretega inimestega suhelda, välja teha. Kergem on endasuguste hulgast sõpru leida.“

K5: „...selle tõttu ongi võibolla nad natuke ohtlikumad kui normaalsed inimesed.“

K1 „Hullumajja saatmine on ikka ju halb märk. Ma olen ise ka olnud. /.../ Ma ei ole terve.“

Samuti nimetavad uurimuses osalejad oma sotsiaalsest grupist väljaspool olevaid inimesi normaalseteks. Seega gruppi kuuluvaid peetakse järelikult ebanormaalseteks.

K4: „Normaalsed inimesed ei oskagi nii mõelda... noh et miks meie päevakeskuses käime.“

Uurimuses osalejate sõnavaras on levinud väljendid *hullud* ning *hullumaja*.

K4: „Mida need hullud ikka töökohas teha nii väga oskavadki.“

Psüühikahäiretega inimesed taastoodavad enda kohta käivaid stereotüüpe. Nad nõustuvad mõndade ühiskonnas levivate eelarvamustega. Näiteks usuvad ka uurimuses osalenud, et psüühikahäiretega inimesed on vägivaldsed.

K5: „Psüühikahäirega inimesed võivad olla ettearvamatud, vihastuvad kergemini, selle tõttu ongi võibolla nad natuke ohtlikumad kui normaalsed inimesed.“

K3: „Kui võrrelda tervete inimestega, siis vägivaldsemad küll.“

Intervjuudest tuli esile, et mõnel juhul nõustutakse arvamusega, et psühhiaatriakliinikusse pöördumine on nõrkuse märk ning psüühikahäiretega inimesed on ebakompetentsed ja otsused tuleb nende eest ära teha.

K5: „Kohati võibolla ongi mõned inimesed sellised, et kohe kui midagi on, siis pöördutakse rajasse ja lastakse sisse kirjutada. Ise ei lahendata üldse probleeme. See on selline lihtsam variant ja ollakse nõrk võibolla.“

K4: „...sest reeglina psüühikahäirega inimest... ta on ka alaarenguga või mingi teovõimetusega.“

Enesestigmatiseerimine väljendub ka häbitundes. Oma diagnoosi ja terviseolukorda häbenetakse. See mõjutab enesekindlust ning takistab ühiskonnaelus aktiivselt osalemist.

K5: „Kunagi häbenesin seda, et haige olen. Näiteks kui käisin väljas deitidel, siis oli alati hirm et äkki tuleb välja või äkki ta saab aru et mul on midagi viga. Üritasin alati võimalikult hästi peita seda. /.../ Aga üldiselt inimesed häbenevad ise ka. Näiteks ma töötan praegu Rajas riidehoius vaata. Täitsa paar korda on nii olnud, et mõni mu tuttav või täitsa sõbranna näeb mind seal ja siis pöörab otsa ringi. Ei taha et ma näeks teda. Piinlik on tal et tema ka siin käib.“

K2: „Aga näiteks meedias ma küll oma näo ja nimega ei tihkaks esineda ja näidata, et psüühikahäirega olen.“

Läbi viidud intervjuudest ilmnas, et enesestigmatiseerimist esineb kõikidel uuritavatel vähemal või rohkemal määral. Psüühikahäiretega inimesed on teadlikud ühiskonnas nende kohta levivatest stereotüüpidest. Nad on negatiivsed eelarvamusel omaks võtnud ja internaliseerinud uskudes, et need kehtivad nii nende endi kui ka teiste psüühikahäiretega inimeste kohta. Kui inimesed elavad teiste poolt valesti sildistatud identiteediga, siis hakkavad nad seda lõpuks uskuma ning loovad selle ümber oma minapildi (Constantinides, 2011). Uurimuses osalejate sotsiaalseks identiteediks on kujunenud, et nad on *haiged* ning seetõttu õigustavad nad *tervete*

inimeste poolset stigmatiseerimist ning negatiivseid stereotüüpe. Vaimse tervise probleemidega inimesed on negatiivsed stereotüübid internaliseerinud ning vastavalt sellele kujundanud oma minapildi. Sellel on aga negatiivsed mõjud ravile, sotsiaalsele aktiivsusele ja taastumisele.

KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimustöö eesmärk on tuua välja erihoolekandeteenusel olevate psüühikahäiretega klientide tunnetatud stigmatiseerimise kogemusi ja enesestigmatiseerimisele viitavaid aspekte.

Sellest lähtuvalt püstitasin järgmised uurimusküsimused:

- 1) Millistes eluvaldkondades või olukordades psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerimist?
- 2) Kuidas psüühikahäiretega inimesed käituvad tunnetatud stigmatiseerimise korral?
- 3) Milliseid enesestigma aspekte psüühikahäiretega inimesed väljendavad enda kõnes?

Psüühikahäiretega inimesed kogevad stigmatiseerimist tööturul, lähisuhetes, teiste inimestega avalikus ruumis kokku puutudes ja avalikke teenuseid kasutades. Töökoha saamisel seavad piiranguid inimeste mõistmatus ja vähesed teadmised psüühikahäirete kohta. Vaimse tervise probleemidega inimesi peetakse ettearvamatuteks ning agressiivseteks. Levib arvamus, et psüühikahäirega inimene töökohal võib endast kujutada ohtu töökaaslastele või teistele inimestele. Tavakodanikel puuduvad psüühikahäirete mõjust ja sümptomitest. See põhjustab halvustavat suhtumist ning distantse hoidmist. Töötaja diagnoosi teada saamisel soovitakse temaga distantse hoida, mis võib viia vallandamiseni. Distantse hoidmine väljendub ka tööturult kõrvale jäämisena. Psüühikahäiretega inimesed tunnetavad stigmatiseerivaid hoiakuid ka oma lähivõrgustikus. Puudulikud teadmised ja mõistmatus tekitab pereliikmetes ning lähedastes sõprades soovi hoida psüühikahäiretega inimestega distantse. Lisaks kardetakse psüühilise erivajadusega inimeste agressiivset ning ettearvamatut käitumist. Stigmatiseerimist esineb teiste inimestega avalikus ruumis kokku puutudes, näiteks ööklubides või uute tutvuste loomisel.

Tunnetatud stigmatiseerimise korral kasutavad psüühikahäiretega inimesed toimetulekustrateegiad. Kõige levinum on oma diagnoosi järjepidev saladuses hoidmine. Psüühikahäiretega inimesed usuvad, et kui nende diagnoosist teada saadakse, langeb neile osaks halvustav suhtumine. Seetõttu peetakse paremaks oma psüühikahäiret kiivalt ainult enda teada hoida ning teiste inimeste eest varjata. Diagnoosi ja selle üksikasju hoitakse saladuses isegi lähedaste eest, tekitades ise suhtlusesse distantse. Psüühikahäiretega inimesed ei räägi oma

diagnoosist potentsiaalsetele tööandjatele ega tööle asudes kolleegidele. Teiseks toimetuleku viisiks on vältimine. Psüühikahäiretega inimesed võivad halvustava suhtumisega kokku puutudes või stigmatiseerimise ennetamiseks hakata vältima teisi inimesi ja sotsiaalsust nõudvaid olukordi. Hakatakse hoidma distantssi ning eemaldutakse ühiskonnaelust. Välditakse või hoitakse distantssi ka oma lähedastega. Harvem kasutavad psüühikahäiretega inimesed toimetulekustrateegiatest informeerimist. Teadlikkust tõstes soovitakse negatiivseid eelarvamusi ümber lükata.

Enesestigmatiseerimise aspektidele viitab uurimuses osalejate sõnavara. Enda kohta kasutakse stigmat väljendavaid sõnu, näiteks „hullud“. Psüühikahäiretega inimesed ise teevad selgelt vahet nendel inimestel, kellel on psüühikahäired, ning nendel, kellel ei ole. Uurimusest selgus, et psüühikahäiretega inimesed taastoodavad enda kohta käivaid stereotüüpe ning nõustuvad mõnede ühiskonnas levivate eelarvamustega. Näiteks, et psüühikahäiretega inimesed on vägivaldsed ning psühhiaatria kliinikusse minemine on nõrkuse märk. Enesestigma väljendub ka häbitundes oma psüühikahäire pärast.

Psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimise kogemuste uurimine võimaldab kaardistada ühiskonnas need kohad, kus on vaja tööd teha teadlikkuse tõstmisega. Kuna uurimusest selgus, et kõige rohkem puututakse stigmatiseerimisega kokku tööturul, tuleks tegeleda eelkõige potentsiaalsete tööandjate ja kolleegide teadlikkusega psüühikahäiretest. Samuti on oluline pereliikmete ning lähedaste sõprade tugi, seega tuleks ka psüühikahäiretega inimeste lähedaste teadlikkust suurendada. Oluline on sotsiaaltööd õppivaid inimesi stigma ja psüühikahäiretega inimeste enesestigmatiseerimise teemadel harida, et hoiduda negatiivsete stereotüüpide taastootmist sotsiaaltöö praktikas. Lisaks peaks suurendama sotsiaalvaldkonnas töötavate inimeste teadlikkust psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimisest. Kuna psüühikahäiretega inimeste negatiivse kuvandi taastootmisel on suur roll meedial, peaks meedia vahendusel rääkima stigmatiseerimise ning enesestigma negatiivsetest tagajärgedest ning kummutama müüte, mis ei vasta tõele.

Käesolevat uurimustööd saab edasi arendada, uurides tavakodanike teadmisi psüühikahäiretega inimeste kohta levivatest stereotüüpidest ning tavakodanike poolset vaimse tervise probleemidega inimeste stigmatiseerimist. Samuti saab uurida sotsiaalvaldkonna spetsialistide teadlikkust psüühikahäiretega inimeste stigmatiseerimisest ning millisel määral käsitletakse stigmatiseerimist kõrgkoolide õppekavades. Kuna uurimusest tuli välja, et psüühikahäiretega inimesed tunnetavad tööandjate madalat teadlikkust vaimse tervise probleemidest, saab uurida

ka tööandjaid, nende hoiakuid ja võimalusi ja soovi ennetada psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimist tööturul.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Amminger, G.P., Edwards, J., Brewer, W.J., Harrigan, S., McGorry, P.D. (2002). Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54, 223–230. doi:10.1016/S0920-9964(01)00278-X
- Andrews, G., Issakidis, C., Carter, G. (2001). Shortfall in Mental Health Service Utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425. doi:10.1192/bjp.179.5.417
- Beck, J. S. (2010). *Cognitive Therapy*. doi:10.1002/9780470479216
- Beckett, C., Horner, N. (2016). *Essential Theory for Social Work Practice*. Los Angeles: SAGE.
- Beckett, C., Taylor, H. (2010). *Human Growth and Development*. London: SAGE.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E.A., Slade, M., Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12, 11-24. doi:10.1186/1471-244X-12-11
- Buonanno, P., Montolio, D., Vanin, P. (2009). Does social capital reduce crime? *Journal of Law and Economics*, 52, 145–170. doi:10.1086/595698
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S.L., Thornicroft, G., (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12, 36-46. doi:10.1186/1471-244X-12-36
- Constantinides, D. M. (2011). Redefining Ourselves: Navigating Life with a “Spoiled Identity”. *Good Therapy*. Kasutatud 08.04.2017 <http://www.goodtherapy.org/blog/redefining-spoiled-identity/>
- Conway, C. (2016). Mad, bad, and dangerous to know: psychiatric illness in film and theatre. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33, 55-59. doi:10.1017/ipm.2015.22
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222. doi:10.1016/S1077-7229(98)80006-0

- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Fokuo, J. K., Schmidt, A. (2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research*, 226, 186-191. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.047
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953–958. doi:10.1176/appi.ps.52.7.953
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544–550. doi:10.1176/appi.ps.56.5.544
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91–103. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M
- Corrigan, P. W., Roe, D., Hector, W. H., Stang, H. W. H. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. UK: John Wiley & Sons.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9, 35-53. doi:10.1093/clipsy.9.1.35
- Dear, M. L., Lewis, G. (1986). Anatomy of a decision: recent land use zoning appeals and their effect on group home locations in Ontario. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5, 5-17. doi:10.7870/cjcmh-1986-0001
- Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist*, 18, 301–313. doi:10.1080/08873267.1990.9976897
- Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., Bonnington, O., Gabbidon, G., Lassman, F., Szmukler, G., Thornicroft, G., Clement, S. (2015). Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Research*, 228, 612-619. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.044
- Draper, A. K. (2004). The principles and applications of qualitative research. Proceedings of the *Nutrition Society*, 63, 641-646. doi:10.1079/PNS2004397
- Flick, U., Kardorff, E., and Steinke, I. (2004). *A Companion to qualitative research*. London: SAGE.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster Inc.

Goffman, E. (1966). *Behavior in public places : notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.

Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Elhasid, N., Yanos, P.T., Lysaker, P.H., Roe, D. (2014). Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 675–680. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.009

Helliwell, J. (2003). Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle? *Social Indicators Research*, 81, 455–496. doi:10.1007/s11205-006-0022-y

Jorm, A. F., Reavley, N. J., Ross, A. M. (2012). Belief in the Dangerousness of People with Mental Disorders: A Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 1029–45. doi:10.1177/0004867412442406

Kaasik, P. (2011). Psühhiaatrilise sundravi kuritarvitamisest Nõukogude Liidus. Tuna: *ajalookultuuri ajakiri*, 4, 79-96

Kabeer, N. (2006). Social exclusion and the MDGs: The challenge of ‘durable inequalities’ in the Asian context. *IDS Bulletin*, 37, 64-78. doi:10.1111/j.1759-5436.2006.tb00270.x

Karidi, M.V., Stefanis, C.N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A.D., Stefanis, N.C. (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 19-30. doi:10.1016/j.comppsy.2009.01.001

Kirkbride, J., Boydell, J., Ploubidis, G., Morgan, C., Dazzan, P., McKenzie, K., Murray, R., Jones, P. (2008). Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area, *Psychological Medicine*, 38, 1083–1094. doi:10.1017/S0033291707002085

Lagerberg, T.V., Larsson, S., Sundet, K., Hansen, C.B., Hellvin, T., Andreassen, O.A., Melle, I. (2010). Treatment delay and excessive substance use in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 628–633. doi:10.1097/NMD.0b013e3181ef3ef4.

Large, M. M., Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125, 209–220. doi:10.1016/j.schres.2010.11.026

LeBel, T. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2, 409-432. doi:10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x

Link, B. G., Cullen, F. T. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response. *American Journal of Community Psychology*, 11, 261–273. doi:10.1007/BF00893367

Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. Kasutatud 24.04.2017

http://www.jstor.org/stable/2678626?seq=1#page_scan_tab_contents

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461–1500. Kasutatud 24.04.2017 http://www.jstor.org/stable/2779844?seq=1#page_scan_tab_contents

Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., Shrout, P., Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423. Kasutatud 13.03.2017 <http://www.jstor.org/stable/2095613>

Link, B.G., Mirotznik, J., Cullen, F.T. (1991). The Effectiveness of Stigma Coping Orientations—Can Negative Consequences of Mental-Illness Labeling be Avoided. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302–320. Kasutatud 13.03.2017 <http://www.jstor.org.ezproxy.utlib.ut.ee/stable/2136810>

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung*, 1 Kasutatud 08.04.2017 <https://doaj.org/article/f4fb9df45dc74f0087924950f5445842>

McKeon, P., Carrick, S. (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116–121. doi:10.1017/S0790966700015020

McLeod, S. (2008). Social Identity Theory. *Simply Psychology*. Kasutatud 12.03.2017 <https://www.simplypsychology.org/social-identity-theory.html>

Mental Health. (2010). Special Eurobarometer 345. TNS Opinion & Social. 2010, *European Commission*. Kasutatud 23.04.2017 http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf

Mental Well-Being. (2006). Special Eurobarometer, TNS Opinion & Social, *European Commission*. Kasutatud 23.04.2017

http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf

Morse, J. M. (2001). *Handbook of Interview Research*. Thousand Oaks: SAGE.

Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V. (2001). Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. *Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing*. Kasutatud 02.05.2017 <http://raulpage.org/erivajadus/erivajad.pdf>

Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61–68. doi:10.1300/J045v07n02_05

Penttilä, M., Miettunen, J., Koponen, H., Kyllönen, M., Veijola, J., Isohanni, M., Jaaskelainen, E. (2013). Association between the duration of untreated psychosis and short- and long-term outcome in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophrenia Research*, 143, 3–10. doi:10.1016/j.schres.2012.10.029

Quinn, D. M., Williams, M. K., Weisz, B. M. (2015). From Discrimination to Internalized Mental Illness Stigma: The Mediating Roles of Anticipated Discrimination and Anticipated Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38, 103-108. doi:10.1037/prj0000136

Rohde, N., D'Ambrosio, C., Tang, K. T., Rao, P. (2016). Estimating the Mental Health Effects of Social Isolation. *Applied Research in Quality of Life*, 11, 853-869. doi:10.1007/s11482-015-9401-3

Rusch, N., Brohan, E., Gabbidon, J., Thornicroft, G., Clement, S. (2014). Stigma and disclosing one's mental illness to family and friends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1157-1160. doi:10.1007/s00127-014-0871-7

Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine.

Skinner, L. J., Berry, K. K., Griffith, S. E., Byers, B. (1995). Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: A reconsideration twenty-five years later. *Journal of Community Psychology*, 23, 3–17. doi: 10.1002/1520-6629(199501)23:1<3::AID-JCOP2290230102>3.0.CO;2-W

Slade, T., Johnston, A., Browne, M. A., Andrews, G., Whoteford, H. (2009). National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594-605. doi:10.1080/00048670902970882

<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/erihoolekandeteenused>

Stafford, M.C., Scott, R.R. (1986). *The Dilemma of Difference: A Multidisciplinary View of Stigma*. New York: Plenum.

Steele, C. M., Aronson, J. (1995). Stereotype vulnerability and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811. doi:10.1037/0022-3514.69.5.797

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2, 121–124. Kasutatud 17.03.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525086/>

Tanskanen, S., Morant, N., Hinton, M., Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Killaspy, H., Raine, R., Pilling, S., Johnson, S. (2011). Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry*, 11, 157. doi:10.1186/1471-244X-11-157

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., the INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A crosssectional survey. *The Lancet*, 373, 408–415. doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6

van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., Bensing, J. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*, 6, 250–257. doi:10.1176/appi.ps.61.3.250

Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312–1318. doi:10.1093/schbul/sbl076

Veldre, V., Masso, M., Osila, L. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed tööturul. *Poliitikauuringute Keskus Praxis*. Kasutatud 23.03.2017 https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_anal_uusid/Toovaldkond/tp_f-too_loppraport_praxis_v_1505.pdf

Vootele, V., Masso, M., Osila, L. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed avatud tööturul. *Poliitikauuringute Keskus Praxis*. Kasutatud 23.03.2017 https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_anal_uusid/Toovaldkond/tp_f-too_loppraport_praxis_v_1505.pdf

World Health Organization (2016). Mental Health: Strengthening Our Response. Kasutatud 12.03.2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

World Health Organization kodulehekül (2017). Kasutatud 10.05.2017 <http://www.who.int/en/>

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1437–1442. doi:10.1176/appi.ps.59.12.1437

LISA 1. INTERVJU KAVA

TERVISEOLUKORRA VARJAMINE

- Kas Sinu arvates peaks tööle saamiseks, psüühikahäirega inimene varjama enda diagnoosi või rääkima oma terviseolukorrast potentsiaalse tööandjaga? Põhjenda oma arvamust
- Kas nõustud väitega, et psüühika häirega inimene peaks varjama enda diagnoosi kõigi eest, kas sina tunned selleks vajadust?
- Kui sul oleks lähedane sugulane või sõber, kellel on psüühikahäire, siis kas sa soovitaksid tal hoida seda saladuses enda sõprade, perekonna või kolleegide ees? Põhjenda oma arvamust
- Kas sa oled öelnud enda sõpradele ja sugulastele, et nad sinu psüühikahäire saladuses hoiaks teiste eest?
- Kui sa kohtud esimest korda inimestega, siis kas sa hoiad enda diagnoosi saladuses?

KONTAKTI VÄLTIMINE

- Kuidas Sa **mõtled** inimesest, kellel on eelarvamused ja negatiivsed hoiakud psüühikahäiretega inimeste suhtes?
- Kuidas Sa **käitud** inimesega, kellel on negatiivsed hoiakud psüühikahäiretega inimeste suhtes?
- Kas sinu jaoks on kergem olla sõbralik nende inimestega, kellel on psüühikahäire?
- Millised erinevusi Sa näed suhtluses, kui suhtluspartner või kaaslane on psüühika häirega või kui tal ei ole psüühikahäiret?

INFORMEERIMINE

- Kui sa tead, et kellelgi on ebamugav sinuga suhelda, sest sul on psüühikahäire, siis kas sa võtaksid enda eesmärgiks teda harida sellel teemal, mida tähendab elu psüühikahäirega?
- Kuivõrd valmis Sa oled ise kaasa tegutsema (nt osalema mõnes org tegevuses) või midagi ette võtma, et teavitada teisi inimesi oma elukohas, töökohas psüühikahäirest või vaimsest tervisest?
- Kui sa näed või tunnetad stigmatiseerivat käitumist, siis kas sa pigem suunad sellele tähelepanu või ignoreerid seda?

TAVAINIMESTE HOIAKUD PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTESSE

Kas nõustud väitega, põhjenda:

- Enamus inimesi aktsepteeriks psüühikahäirega inimest enda lähedase sõbrana (R)
- Enamus inimesi usuvad, et psüühikahäirega inimesed on sama intelligentsed/usaldusväärsed kui psüühikahäireta inimesed (R)
- Enamus inimesi usuvad, et psüühiaatriakliinikus ravil olemine on nõrkuse märk. Kas nendest inimestest mõeldakse halvemini?
- Enamus inimesi palkaks psüühikahäirega inimese, kui ta selleks kvalifitseeritud on (R)
- Enamus inimesi ei tahaks enda elukaaslaseks psüühikahäirega inimest

PSÜÜHIKAHÄIRE MÕJUD SUHTLUSSITUATSIOONIDELE

- Kuivõrd inimesed sinu lähivõrgustikus kohtlevad psüühikahäirega inimesi nii nagu kõiki teisi?
- Milline oli sinu suhe/läbisaamine enne psüühikahäire väljakujunemist perekonnaga, sõpradega, sugulastega?

Milline on nüüd?

- Kas oled kogenud, et sinu perekond/sõbrad/tuttavad/võõrad on pidanud sind vägivaldseks, ohtlikuks, ebausaldusväärseks, teistsuguseks või sind vältinud?
- Kas arvad, et sind aktsepteeritaks korterikaaslasena, üürnikuna? Milline on sinu varasem kogemus?
- Kellega on sul lihtne rääkida enda muredest, haigusest?
- Kas sind on solvatud sinu psüühikahäire tõttu? Millises olukorras?
- Milline on olnud kõige ebameeldivam reaktsioon seonduvalt su psüühikahäirega?
- Mis on sinu jaoks kõige negatiivsem, mis seondub sinu diagnoosiga?
- Mis emotsioone või mõtteid tekitab sinus teiste inimestega tööturul konkureerida?
- Mis oleks sinu suurim hirm tööl käimise juures?
- Kas tunned, et sul on raske sisse sulanduda keskkonda, näiteks jõusaali, kohvikusse, sünnipäevapidudele? Miks?
- Kas sa tunned, et sinu diagnoos mõjutab sinu sotsiaalsel staatust? Too näiteid.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Brigitta Õunmaa (05.05.1995)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tartus erihoolekandeteenusel olevate psüühikahäiretega inimeste poolt tunnetatud stigmatiseerimine“, mille juhendaja on Dagmar Narusson
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 01.06.2017